

38
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 mai 1900, à 1 heure

PAR

Médéric-Thomas GÉRIN-LAJOIE

Né à Nashua, N. H. (États-Unis), le 3 septembre 1867.

QUELQUES OBSERVATIONS

SUR LA

PNEUMONIE

Président : M. BROUARDEL, Professeur.

Juges : MM. { *CORNIL, Professeur.*
ROGER, Agrégé.
WURTZ, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 31 mai 1900, à 1 heure

PAR

Médéric-Thomas GÉRIN-LAJOIE

Né à Nashua, N. H. (États-Unis), le 3 septembre 1867.

QUELQUES OBSERVATIONS

SUR LA

PNEUMONIE

Président : M. BROUARDEL, Professeur.

*Juges : MM. { CORNIL, Professeur.
 { ROGER, Agrégé.
 { WURTZ, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES ÉMINENTS MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur de Médecine légale, etc.
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Que M. le Professeur Brouardel, qui nous fait le très grand
honneur de présider cette thèse, nous permette de lui
exprimer notre respectueuse et profonde
gratitude.

A M. LOUIS HERBETTE

Conseiller d'État

Commandeur de la Légion d'honneur

Avec l'expression de toute mon affection et de toute ma reconnaissance

MÉDÉRIC GÉRIN-LAJOIE.

INTRODUCTION.

Dès les premières lignes, nous tenons à nous présenter comme seul responsable des observations relatées et des idées émises dans cette thèse, en dehors des citations qu'elle contient. N'ayant pas à offrir une étude complète, elle ne pouvait d'ailleurs constituer qu'un relevé de faits et d'appréciations sur certains points dont on croit inutile de marquer l'importance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE I

La Pneumonie

La pneumonie connue depuis Hippocrate, portait le nom de « Péripnemonie vera ou notha, suivant qu'on la disait franche ou bâtarde (fausse). Péripnemonie, disait le père de la médecine, et, ainsi que l'explique Requin : « La proposition (péri) n'a pas ici son sens spécial de pourtour et de périphérie, mais seulement une valeur banale, de nature explétive, ou si l'on veut augmentative, comme qui dirait la *maladie pulmonaire par excellence*. »

Fièvre pneumonique ou péripnemonique disait Frédéric Hoffman et Huxham. Bosquillon l'appelait fluxion de poitrine, nom que le vulgaire emploie concurremment avec congestion de poulmon.

On englobait sous le mot péripnemonie la pleurésie ; ce n'est que depuis Bichat que ces deux maladies sont nettement séparées. Pneumonie est le nom maintenant adopté par tous,

De même aussi jusqu'en 1878 les médecins sont divisés en deux camps, ceux qui ont écrit que la pneumonie n'est que la manifestation locale, la localisation principale d'une maladie générale, *la fièvre péripneumonique*. Pour les autres, la pneumonie est une affection locale, une infection primitive du poumon, et les symptômes généraux sont en raison directe de l'étendue, de la profondeur, de la gravité des lésions pulmonaires (1).

Hallopeau, dans sa revue critique publiée dans la *Revue des Sciences Médicales* pour 1878, a rejeté la théorie de la fièvre pneumonique ; de même l'ont fait Lépine et Germain Sée, le premier dans son article pneumonie du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, le second dans ses leçons sur les pneumonies infectieuses.

Mais ce n'est guère que dans ces dernières années que la notion parasitaire a été adoptée après avoir été rigoureusement contrôlée.

D'abord Klebs (2) décrivit un micrococcus dont aucun caractère n'appartient au véritable coccus pneumonique. Puis viennent Eberth (3), Koch (4), Leyden et Gunther (5), Matrux (6), Salsoli et Zastein, Griffini et Cambria et nombre d'autres ; mais les descriptions des auteurs ne concordent pas, les uns indiquent un coccus arrondi, les autres un coccus ovalaire ; quelques-uns l'immobilité du parasite, tandis que d'autres insistent sur sa mobilité ;

pour certains, la caractéristique est une capsule qui n'est même pas mentionnée par d'autres observations. De sorte que ces divers travaux n'ont qu'une valeur relative dans les démonstrations de la nature parasitaire de la pneumonie.

La démonstration expérimentale par la culture du microbe et l'inoculation a été faite simultanément en Allemagne et en France par Friedländer et Talamon.

Le résultat des expériences de Friedländer fut communiqué à la Société de Médecine de Berlin à la séance du 19 novembre 1883 ; mais il insista sur « le caractère particulier de ces micro-organismes, c'est la présence incontestable d'une capsule très distincte. » Cependant il avoue lui-même, que jamais ses microbes cultivés n'ont présenté de capsule, ce fait ne semble pas lui donner à réfléchir.

Talamon, qui poursuivait ses études à l'Hôtel-Dieu, depuis plus d'une année, fit sa communication à la Société anatomique le 30 novembre 1883, à peine dix jours après celle de Friedländer.

Afanassiew et Cornil (7) reprirent les expériences de Talamon et les confirmèrent pleinement.

« La pneumonie est donc une inflammation primitivement locale comme le professaient Grisolle, Andral, mais une inflammation spécifique, produite et caractérisée par un microphyte déterminé (8).

Il est universellement reconnu aujourd'hui que la pneumocoque est la cause de la pneumonie.

Grisolle définit ainsi les catégories qu'il adopte. « La pneumonie *primitive*, dit-il, est celle qui frappe un individu brusquement dans la plénitude de la santé. La pneumonie est dite, par contre, *secondaire*, *consécutive*, *symptomatique*, lorsqu'elle se développe dans le cours d'un état morbide antérieur plus ou moins grave, qui a joué le rôle de cause excitante, ou tout au moins de cause prédisposante, et qui imprime d'ailleurs à la maladie intercurrente des modifications telles, que la physionomie en est complètement changée, transformée presque. »

En effet, les pneumonies survenant à la suite d'une fracture des côtes (9), ou d'une contusion pulmonaire, celles qui surviennent dans le cours du diabète, du cancer ou de la cirrhose du foie, de même que celles qui viennent compliquer la rougeole, la variole ou la fièvre typhoïde sont toutes rangées dans la catégorie des pneumonies secondaires.

Cliniquement cette division peut subsister, mais étiologiquement, il ne peut y avoir de pneumonie sans pneumocoque, et quelque soit la cause excitante, la cause de la pneumonie est bien le parasite cocci-que.

Une des preuves les plus nettes de la spécificité de la pneumonie est l'histoire de toutes ces épidémies de pneumonie depuis longtemps décrites par les anciens sous le nom de pneumonies pestilentielles, malignes, putrides, nerveuses, typhoïdes, conta-

gieuses, infectieuses, *sewer gas pneumonia* des Anglais, etc., etc.

Le microscope est venu confirmer les soupçons des observateurs sagaces que ces épidémies faisaient penser à un agent spécifique, contagieux.

Il y a des épidémies qui s'étendent d'un pays à un autre, d'une ville à la ville voisine, ou seulement d'un membre de famille à un autre, ou à un visiteur. Dès 1838, Torchet (10) a laissé une description de l'épidémie de pneumonie de Noyers, une description magistrale qui peut servir de type à toutes les épidémies de village.

Epidémies de maison, etc.

C'est une maladie dont le développement est très favorisé par les mauvaises conditions hygiéniques, publiques et privées, de même la misère physiologique, si elle ne cause pas par elle-même la pneumonie, n'en aggrave pas moins le pronostic d'une façon considérable, après avoir favorisé l'éclosion de la maladie. Il y eut cependant des épidémies de maison où il fut particulièrement noté que les malades vivaient dans les meilleures conditions d'hygiène, de sorte qu'il ne faut pas s'exagérer cette valeur étiologique. Pour

éviter ces épidémies de maison — ou la contagion — il faut détruire tous les linges servant au malade pour y cracher, de même faut-il désinfecter soigneusement les vases recevant les crachats, après les avoir vidés très souvent ; il faut aussi désinfecter le linge, la chambre, etc.

Des faits nombreux et concluants sont venus confirmer le danger pour certaines familles. Ainsi Daly cite une épidémie de maison où six membres sur huit furent malades ; deux succombèrent.

M. Patchett mentionne une épidémie où toute une famille de cinq membres est morte en moins de quinze jours. Il est vrai que tous étaient âgés de plus de 60 ans.

Couldrey, Herr, Giornelli et bien d'autres ont publié des faits du même genre.

CHAPITRE II

Influence des Saisons

Autrefois considérée comme une maladie essentiellement *a frigore*, la pneumonie pour avoir été prouvée une maladie parasitaire n'en reste pas moins une maladie saisonnière à courbe régulièrement accentuée dans les mois de la fin de l'hiver et au printemps.

La pneumonie se rencontre sous tous les climats, sous toutes les latitudes, mais c'est surtout dans les zones tempérées qu'elle se rencontre de beaucoup le plus fréquemment. Il est en effet curieux de remarquer qu'elle est assez rare aux deux extrêmes de chaleur et de froid, on ne la voit que rarement sous les tropiques et exceptionnellement dans les zones glaciales.

Ainsi pour Paris, le maximum des cas de pneumonie est atteint en mars, de même à Munich, en avril, pour Berlin, Vienne et Bâle, en mai pour

Copenhague, Stockholm, la Baie d'Hudson (Canada) et le Klondyke (Alaska).

La morbidité tombe au minimum en juillet pour Bâle et le Klondyke, en août pour Stockholm, la Baie d'Hudson, Vienne, Copenhague, Paris, et en septembre pour Francfort, Berlin, San-Francisco, (Etats-Unis), Saint-Louis (E.-U.) et Philadelphie (E.-U.).

C'est donc une maladie qui règne sporadiquement toute l'année, mais qui subit une recrudescence vers la fin de l'hiver et dans les premiers jours du printemps.

Hirsch (11) a dressé des tableaux où on voit sur 100 cas observés dans ces diverses localités (moins la Baie d'Hudson, le Klondyke, Saint-Louis, Philadelphie et San-Francisco), 34,7 appartiennent au printemps, 29 à l'hiver, 18,3 à l'automne, et 18, à l'été. D'après notre enquête personnelle dans les cinq endroits (Baie d'Hudson, etc.) ci-dessus, nous trouvons 35,4 au printemps, 29,5 à l'hiver, 18, l'automne et 17,1 l'été, pour cent cas observés. Ce qui donne une proportion à peu près semblable. On voit donc que la statistique de Hirsch l'hiver et le printemps réunissent 63,7, l'automne et l'été 36,3, dans la nôtre, l'hiver et le printemps donnent 64,9, l'automne et l'été 35, 1.

Beaucoup d'auteurs ont cherché les causes de cette régularité saisonnière de la pneumonie. Pour Juergensen, Keller, Fleudt, Edlefsen, Ellissen, Bauti, Pur-

jest, Grenshaw et Moore, Sturges, Penkert, Eschbaum, Legendre (13) il fallait chercher les causes dans l'abaissement ou dans les variations de la température associé à l'humidité; ou bien ils ont cru reconnaître que la fréquence de la pneumonie est en raison inverse de la quantité d'eau tombée dans les différents mois de l'année, etc., etc. Enfin Stortz (14) affirme ne pouvoir mettre sur le compte d'aucun phénomène météorique la cause de cette courbe dans la pneumonie.

On peut hardiment affirmer toutefois que les mois de l'hiver et du printemps sont ceux où l'on est plus souvent exposé à trop changer de température, ou à commettre des imprudences qui font passer du chaud au froid brusquement, par conséquent à « attrapper un froid » ou à se trouver dans « un courant d'air », un changement subit de milieu, etc.; ce qui sans être des causes réelles de la maladie, puisqu'elle est parasitaire, sont des conditions qui amènent des perturbations dans le travail respiratoire des poumons et de la peau, et prédisposent à l'éclosion de la pneumonie. En un mot, c'est le moment électif.

D'autant plus que, certains auteurs ont trouvé chez des gens tout à fait sains, dans la bouche et les bronches (15) des pneumocoques au milieu de nombreux microbes; et ces cocci pour se développer n'attendent que le moment où le système présentera une défense moins grande contre eux par suite d'un

défaut momentané d'équilibre des fonctions normales.

Nous respirons des milliers de microbes, bacilles, etc., tous les jours, et n'en sommes point affectés d'une façon sensible jusqu'au moment où une cause perturbatrice, vient nous enlever une partie des forces qui servent à nous défendre. Alors les parasites ne rencontrant plus une résistance aussi grande finissent par se développer et la maladie commence, qu'elle s'appelle pneumonie ou tuberculose, etc.

Ne voyons-nous pas dans les épidémies de pneumonies nombre de personnes venir en contact avec les malades sans contracter cette maladie, tandis que d'autres en sont contagionnées tout de suite ? Est-ce dû à ce que les personnes frappées seraient affaiblies par suite de fatigues, peines, etc., ou bien seraient-ce des personnes dont la constitution n'offrirait pas assez de résistance normale à l'assaut du microbe ? En un mot ne nous trouvons-nous pas en présence de candidats à la maladie ? Certaines épidémies de famille sembleraient l'indiquer.

Nous dirons cependant que nous partageons absolument l'opinion de M. le Prof. Jaccoud (16) : « que dans maintes circonstances on a observé un rapport si étroit entre l'impression du froid et l'apparition des premiers signes de la pneumonie, que l'idée de la relation de cause à effet entre l'une et l'autre s'imposait invinciblement. »

Les enquêtes que nous avons faites nous ont permis dans bien des cas de trouver ce rapport entre l'impression du froid et les atteintes de la maladie, et qui frappe les malades eux-mêmes.

Une marche vive, le changement d'habits d'hiver pour en mettre de plus légers, le travail du dehors qui amène la transpiration et le frisson qui survient par le froid lorsque le travailleur se repose, sont des causes bien connues même du vulgaire. Ne sait-on pas avec quelle fréquence la pneumonie frappe les personnes qui viennent dans le nord après un séjour plus ou moins long dans le midi ? La médecine militaire est là pour nous prouver quel danger ce changement fait courir aux soldats des garnisons de l'Algérie ou de l'Afrique quand ils reviennent au nord de la France pendant les mois de l'hiver ou du printemps. Les poumons, la peau, les bronches habitués par un séjour assez long à une température plus clémente se trouvent dans des conditions inférieures de résistance vis-à-vis des cocci quand les individus sont transportés ici tout-à-coup.

« La résistance offerte par le tissu pulmonaire à l'envahissement parasitaire se trouve brusquement affaiblie, et cet affaiblissement de la vitalité cellulaire réalise probablement une des conditions favorables à la germination du microbe, » dit Germain Sée à propos du froid.

CHAPITRE III

Causes occasionnelles, prédisposantes, etc.

Quelle qu'en soit la cause, lente ou subite, si le système est affaibli, la porte est ouverte au microbe.

Il est remarquable que les nègres sont plus souvent atteints que les blancs proportionnellement ; la pneumonie chez eux est aussi bien plus meurtrière. Ces nègres ayant vécu dans des conditions défavorables, leurs cellules n'ont pas acquis la force de résistance voulue. Cependant nous avons trouvé en consultant nombre de médecins établis dans les états du sud des États-Unis, que pour les nègres nés de parents riches, ou à l'aise, la proportion de malades ou de morts n'est pas plus élevée chez eux que chez les blancs dans les mêmes conditions.

La fracture des côtes, le surmenage, les grandes fatigues, (manœuvres ou à la guerre) (17), l'encombrement, toute cause de débilitation générale, maladie

chronique, etc., sont des conditions favorables au développement de la pneumonie ; et la fréquence des lésions pneumoniques chez les malades qui succombent à une affection de longue durée en est la preuve. Les cancéreux, les déments (18), les diabétiques et les albuminuriques, les apoplectiques et les vieux hémiplegiques, les cardiaques finissent souvent par une pneumonie. Erichsen note vingt-trois fois une pneumonie au premier ou au second degré sur quarante et un cas de morts par affections chirurgicales diverses.

Grisolles rapporte que dans un septième des affections du foie et de la cirrhose surtout, il survient une pneumonie comme maladie intercurrente ; et enfin chez les personnes âgées de plus de 55 ans, la pneumonie est particulièrement grave.

La rougeole (21), la coqueluche (22), la variole (23), la scarlatine, l'érysipèle, (24), la diphtérie, l'influenza (grippe) (25), etc. sont autant de maladies au cours desquelles apparaît la pneumonie ; et c'est surtout au cours des différentes épidémies de la grippe que la pneumonie semble avoir été plus fréquente.

Pour nous, il n'y a pas deux sortes de pneumonies : c'est une entité morbide ayant sa cause spécifique et son cycle déterminé avec plus ou moins de retentissement symptomatique. Il n'y a *qu'une pneumonie*, et l'observation de M. le professeur Strauss qui, le premier, fixa l'attention sur la connexion étroite qui

existe entre la pneumonie et l'érysipèle, et celle de M. Mosny recueillie dans le service de M. Brouardel, communiquée à l'Académie de médecine le 11 février 1889, sont des faits cliniques qui ressemblent beaucoup à la pneumonie ; mais il y a une distinction à établir, car ces pneumonies ne présentèrent pas les caractères de la pneumonie franche, on n'y trouva, ainsi que l'a si bien dit M. Brouardel, que les caractères attribués en général à la pneumonie à streptocoques.

Ne pourrait-on pas trouver la raison de l'absence de pneumocoque dans ce fait que le coccus meurt et disparaît très rapidement à la température de 42 degrés ou au-dessus ?

Pour nous, toutes les pneumonies qui surviennent au début ou au cours d'autres maladies, ne sont pas des symptômes de ces maladies, mais bien un nouveau processus inflammatoire spécifique, qui se surajoute à une autre maladie.

Germain Sée (26) disait ceci : Nous entendons par pneumonies secondaires, comme on l'a vu plus haut, les pneumonies qui se développent dans le cours de différentes maladies infectieuses le plus souvent probablement sous l'influence de l'agent spécifique propre à chacune de ces maladies. Nous disons le plus souvent, parce qu'il est certain que des pneumonies fibrineuses lobaires, répondant absolument au type anatomique de la pneumonie primitive, sont observées dans le cours de la grippe et de la fièvre typhoïde par

exemple. On ne peut expliquer ces pneumonies que de deux façons : ou bien le microbe de la grippe et de la fièvre typhoïde, peut lui-même provoquer une pneumonie semblable à celle du microbe elleptique ; ou bien il y a pénétration secondaire et adjonction de ce micrococcus à l'agent spécifique de la maladie première. Quoiqu'il en soit, dans l'immense majorité des cas, les lésions sont celles de la pneumonie lobulaire ou broncho-pneumonie.

Nous pensons qu'aujourd'hui il est parfaitement reconnu qu'il ne peut exister de pneumonie sans pneumocoque.

Voici d'ailleurs ce que Dieulafoy dit : La cause de la pneumonie lobaire réside dans l'existence d'un organisme infectieux, le pneumocoque, qui est l'agent de toute pneumonie lobaire, mais le refroidissement en est le principal agent provocateur.

Le pneumocoque étant la cause de la pneumonie, comment admettre que sa pénétration dans le poumon soit suivie à si bref délai de tous les grands symptômes de la pneumonie aiguë ? C'est pour répondre à cette objection que M. Jaccoud admet avec juste raison, la possibilité de l'auto-infection : « L'organisme humain porte constamment en lui des microbes en grand nombre, de bien des espèces différentes ; tant que son fonctionnement est normal, il est pour eux un milieu hostile qui en prévient les effets nuisibles ; mais vienne une perturbation qui altère le fonctionne-

ment physiologique, le milieu hostile devient un milieu favorable et l'organisme troublé est livré sans résistance efficace à l'activité de ses propres microbes dont il tolérait naguère la présence sans en être impressionné (28). »

L'histoire de la pneumonie, dit Kelsch, comme celle de la fièvre typhoïde raconte à merveille la marche suivie par la médecine dans la constitution des entités morbides. Étudiées tout d'abord dans leurs manifestations symptomatiques, les phlegmasies du poumon sont restées confondues ensemble tant que la médecine a été purement clinique. Après l'avènement de l'école organicienne, le scalpel y introduisit des divisions importantes qui sont demeurées classiques. C'est à l'anatomie pathologique que revient l'honneur d'avoir séparé de la pneumonie lobaire la splénisation et le groupe des broncho-pneumonies, et d'avoir fourni ainsi une base anatomique aux distinctions établies de tout temps par la clinique entre la pneumonie primitive et les pneumonies secondaires. Il y a une vingtaine d'années, le microscope complétant ces recherches, est venu donner une interprétation précise de la pathogénie de ces dernières, en montrant leur subordination étroite à l'inflammation des bronches.

Mais lorsque la médecine fut poussée dans les voies étiologiques par les enseignements de Trousseau, et surtout par les progrès de l'épidémiologie, elle ne

tarda pas à entrevoir clairement la spécificité de la pneumonie fibrineuse : elle finit, sans avoir d'autre guide que l'observation, par la ranger parmi les maladies infectieuses.

CHAPITRE IV

Diagnostic et Pronostic

Du diagnostic de la pneumonie nous ne dirons rien, car les râles crépitants, la fièvre, le point de côté, le frisson initial et enfin le crachat rouillé font que l'on ne s'y trompe pas.

Le pronostic de la pneumonie est toujours grave, puisque dans les pneumonies primitives franches il meurt en moyenne 15 pour cent des malades ; certaines statistiques donnent 20 et même 25 pour cent de morts.

Le nouveau traitement aux bains froids ou à l'enveloppement dans des draps mouillés froids ne donne pas des résultats sensiblement meilleurs qu'avec les traitements ordinaires de cette maladie. Dans la thèse intitulée « Contribution à l'étude du traitement de la pneumonie par les enveloppements de drap mouillé », de M. Gagnéur, 1898, donne une proportion de 13.33 morts,

La pneumonie contrairement à tant d'autres maladies infectieuses, microbiennes, ne confère pas l'immunité après une première attaque ; c'est bien plutôt le contraire que nous avons remarqué. Les poumons sont devenus moins résistants contre le pneumocoque qui les envahit à chaque attaque avec une facilité plus grande ; et chose fort curieuse, c'est à un, deux ou trois ans quelquefois de distance, aux mêmes dates que se font souvent les récidives. Dans trois de nos observations où nous avons pu suivre nos malades, nous avons trouvé la pneumonie revenant une à trois années de distance et l'autre à une année presque jour pour jour. (Obs. 5 et 10 et obs. 14).

Ce n'est guère que cinq ans après la pneumonie que les poumons semblent avoir reconquis leur force normale de résistance ; jusque-là, les gens paraissent très sujets aux bronchites, toussent facilement, etc. ; en un mot leurs organes respiratoires sont plus facilement pris que chez les autres.

Le pronostic devient beaucoup plus grave quand le malade est âgé de plus de 50 ans.

Le traitement que nous avons employé (chlorydrate d'ammoniaque, etc.) nous a fourni une statistique heureuse, trop heureuse peut-être ; mais nous pensons qu'avec ce traitement la mortalité ne doit pas dépasser 2 à 4 pour cent. Le pronostic sera donc beaucoup moins grave qu'avec toute autre méthode,

CHAPITRE V

Comment on meurt dans la pneumonie.

La pneumonie tue par asphyxie, par syncope ou par action sur les reins.

La mort est due à l'entrave apportée à la circulation capillaire pulmonaire, et au fait que le sang ne s'oxygène plus bien. Que le malade meurt par les reins, on peut aussi invoquer en toute sûreté le mauvais état du sang à son passage dans les reins et la mauvaise élimination au dehors des produits dont il est chargé.

Pourquoi par asphyxie ?

Il est un fait constant, indéniable, c'est que dans la pneumonie, le sang est bien plus épais, plus fibrineux qu'à l'état normal. On comprend alors bien vite le mécanisme de l'asphyxie. Le sang dont la fluidité est diminuée dans des proportions quelquefois très considérables n'arrive plus à passer que très lente-

ment dans les capillaires du poumon, d'où stase sanguine qui va en augmentant jusqu'à la terminaison fatale ou jusqu'à la crise précédant la convalescence.

La difficulté de passage du sang est encore augmentée de ce fait noté par Charcot, que les capillaires pulmonaires sont environnés et remplis par des dépôts fibrineux qui entravent la circulation.

Ne trouve-t-on pas la raison de la dyspnée, de l'asphyxie et de la syncope dans ce qu'histologiquement, le processus du deuxième stade est caractérisé par la coagulation de la fibrine épanchée dans les alvéoles en même temps qu'un grand nombre de globules rouges et de leucocytes ? Sur une coupe, on voit l'exudat fibrineux sous forme d'un reticulum fébril-laire englobant dans ses mailles des globules rouges et blancs, de grosses cellules arrondies et des cellules endothéliales plus ou moins gonflées, déformées et granuleuses. Cet exudat remplit non seulement les alvéoles mais la cavité des bronchioles terminales.

C'est au sein de ce reticulum fibrineux et dans les cellules granuleuses que se trouvent les micrococcus, cause de la lésion.

Pourquoi par syncope ?

On peut invoquer les mêmes causes et le même mécanisme qui font que le cœur remplit une tâche beaucoup plus lourde, travaille plus et se fatigue plus tôt, tout cela à cause des obstacles dans la circulation pulmonaire. Et pour peu que le muscle cardiaque soit

d'avance fatigué ou affaibli, il ne suffira certainement plus à sa tâche. Quelquefois, mais rarement, à la suite d'un effort les malades, même en convalescence, meurent subitement sans qu'à l'autopsie on trouve de myocardite ou d'imperméabilité des coronaires. Une syncope s'est produite, et le malade meurt d'une façon subite et imprévue.

Enfin si les reins souffrent la moindre atteinte dans leur perméabilité, le pronostic en est assombri d'une façon considérable. « Tout malade qui urine beaucoup guérit, dit Liebermeister. »

« Dans la pneumonie, il faut des urines, dit Dieulafoy. » Et il conseille, là où les urines sont rares, la lactose et surtout le lait. Nous y ajoutons comme dans l'observation ci-dessous, des applications chaudes humides ou sèches, plutôt les premières, sur la région rénale.

M. B., artiste-peintre, vieillard de 76 ans contracta une pneumonie où les symptômes dominants étaient : fièvre assez forte, délire, pouls plutôt faible, et urines rares. Une potion au chlorhydrate d'ammoniaque fut prescrite dès le début, mais les urines n'augmentaient pas beaucoup et le délire continuait ; on fit aussi des injections hypodermiques de caféine pour soutenir le cœur.

Un ami dévoué qui avait soin de M. B., nous ayant entendu dire que, si les urines ne venaient pas bien dans les 24 heures, on pourrait appliquer sur les

reins un large cataplasme très chaud recouvert d'un sac en caoutchouc rempli d'eau très chaude, prit sur lui d'appliquer ce traitement quelques heures après notre départ. Au bout d'une demi-heure, (le malade ayant uriné environ 20 grammes immédiatement avant ces applications chaudes), il y eut une mixtion abondante de plus de 500 grammes et le délire cessa aussitôt de même que la céphalalgie. Deux fois par jour ensuite pendant 6 jours les applications chaudes furent répétées. Chaque fois elles donnèrent un résultat excellent. Le malade a guéri.

CHAPITRE VI

Traitement

Nous ne discuterons pas tous les traitements qui ont été préconisés depuis que la pneumonie est connue. Pas plus ne parlerons-nous des tâtonnements par lesquels nous sommes passé avant de nous arrêter au traitement que nous signalons plus loin.

Tous les efforts du médecin doivent tendre vers la recherche de la cause des symptômes observés et une fois trouvée s'attaquer à elle.

Le pneumocoque est la cause de la pneumonie. Il faut donc chercher à prévenir ou détruire ses effets de même que ceux de ses toxines.

Il est indiscutable que le pneumocoque et (ou?) ses toxines épaississent le sang, le rendent moins fluide, plus chargé de fibrine, d'où stase beaucoup plus prolongée dans les poumons. De plus, les différents foyers pneumoniques, diminuant le champ vasculaire du poumon, retardent la rapidité du passage du sang

qui s'oxygène de moins en moins bien. La difficulté de respirer, la dyspnée s'expliquent donc parfaitement par ces différentes causes.

Maintenant, quels moyens avons-nous à notre disposition pour combattre cette dyspnée, cette asphyxie ?

Nous ne passerons pas en revue tous les traitements conseillés, nous n'en conserverons que deux :

La saignée et le traitement ammoniacal.

La saignée a toujours été conseillée à la première période de la maladie, elle l'est encore, mais on l'emploie rarement.

Nous croyons que depuis longtemps on ne saigne pas à la seconde période, non plus au moment de la *crise*.

Et cependant à cette période asphyxique, ne pourrait-on pas soulager en retirant de la circulation veineuse une certaine quantité de sang qui allègerait les poumons d'autant ? On ne le fait pas ? Peut-être est-ce parce que l'on saignait trop autrefois ? D'un excès, on tombe dans une réserve exagérée.

Nous rapporterons ici cinq observations de malades chez lesquels la saignée fut pratiquée à la *période asphyxique*. Nous pensons que la clinique vaut mieux que les théories, et que c'est par elle que l'on juge des différentes méthodes ou traitements. Nous avons saigné ces malades pour les raisons suivantes :

1° Parce que les médecins traitants ou consultants, déclaraient tous que les malades allaient mourir. 2° N'ayant donc rien à perdre, il fallait donner à ces malades une dernière chance. 3° Le devoir du médecin est de faire n'importe quel traitement qui puisse avoir quelque chance de succès, sans jamais se laisser détourner par les craintes du « qu'en dira-t-on » de la famille ou des amis. C'est surtout pour les débutants que ces situations sont pénibles et dangereuses.

Mais fort de sa conscience, le médecin peut-il hésiter ?

4° Enfin parce qu'il n'y avait plus d'autre moyen à notre disposition pour soulager le malade.

1^{re} OBSERVATION. — Le 3 mai 1892, nous sommes appelé auprès de M. F., 25 ans, et nous le trouvons au huitième jour de la maladie ; les deux poumons sont engorgés, les lèvres cyanosées, la respiration laborieuse, l'anxiété peinte sur la figure. « Il n'en a pas pour six heures de vie, dit le médecin de la famille ».

Alors nous conseillons une large saignée, à la stupéfaction des deux autres médecins. Car, ajoutons-nous, si le malade n'est pas sauvé, il n'en sera pas moins beaucoup soulagé pendant les quelques heures qu'il vivra. « Alors saignez-le vous même, nous disent les confrères ».

Ayant fait asseoir le malade sur son lit, nous pratiquons une large incision au bras et après avoir retiré environ 500 grammes de sang, nous demandons : Eh ! bien, comment vous sentez-vous ? « Un peu mieux docteur. Plus tard, nous répétons la question : Beaucoup mieux docteur. Nous lui demandons alors de respirer profondément. Ce qu'il fit en partie expectorant une assez grande quantité de crachats sanguinolents. La saignée

fut d'environ 1100 grammes, et quand le malade pâlit, il fut couché et pansé.

A partir de ce moment, le traitement ordinaire fut donné et le malade guérit.

II^e OBSERVATION. — Avril 17, 1893, M. Moïse V: 40 ans, malade depuis six jours de pneumonie. Nous trouvons le malade avec une dyspnée très forte, etc. Les parents et la famille s'attendant à sa mort d'un instant à l'autre. D'accord avec le médecin de la famille, nous pratiquons une large ouverture de la veine au pli du coude, retirant plus de 1200 grammes de sang. La respiration se fit plus facilement et il y eut une expectoration assez abondante de crachats sanguinolents.

Le traitement ammoniacal fut prescrit.

Au bout de deux jours, la température était à 37°5 et la guérison se fit rapidement.

III^e OBSERVATION. — Appelé auprès de M. Tuck, le 28 octobre 1894, par le médecin de la famille, nous nous trouvons en présence d'un malade arrivé à la période avancée d'une pneumonie (huit jours). Ici encore, nous pratiquons une large saignée à cause des symptômes d'axphyxie. Dès le lendemain, le malade allait beaucoup mieux. Guérison.

IV^e OBSERVATION. — Le 30 décembre 1895, le Dr Robert nous pria de venir auprès d'un de ses malades atteint d'une pneumonie arrivée au neuvième jour avec dyspnée intense, etc.

Sur notre proposition de saigner le malade, le médecin nous répliqua: « Si nous le saignons, nous passerons pour l'avoir tué. » Il avouait cependant que son malade allait mourir dans l'état où il se trouvait. Alors sur notre insistance, le confrère reprend: « Vous pouvez le saigner vous-même. »

Nous faisons à la veine, une large ouverture qui nous donne près de 1200 grammes, mais des menaces de syncope nous avertissent de faire coucher le malade, et de lui panser le bras.

La guérison a été très rapide.

V^e OBSERVATION. — Appelé (en 1897) au quatrième jour d'une pneumonie auprès de M^{me} La..., nous instituons le traitement ammoniacal. Mais au bout de deux jours, les deux poumons sont pris et la malade arrive rapidement à la période asphyxique. Nous la saignons (800 grammes), et chose curieuse, deux heures plus tard les règles apparaissent. La guérison se fit rapidement.

Remarques : Le malade doit être saigné *assis* et par une large ouverture de la veine. La saignée devra être poussée jusqu'à commencement de syncope.

Cette soustraction subite du torrent circulatoire d'une quantité considérable de sang, fait probablement plus que les remèdes pour stimuler le pouvoir absorbant, favorisant ainsi la disparition rapide de l'épanchement dans le poumon.

Il ne faut pas saigner un alcoolique ou un asthénique. Réservant ce dernier traitement pour ceux qui sont forts et arrivés à la période asphyxique de la maladie.

Au début de la maladie, nous ne l'avons jamais employé, car le traitement ammoniacal nous a toujours suffit.

Il faut aller jusqu'à la limite dangereuse, jusqu'aux premiers symptômes de la syncope, car alors le bénéfice est plus rapide, plus considérable que si une quantité moyenne de sang a été soustraite. L'expectoration se fait plus abondante et plus facile. Le travail imposé au cœur se réduit alors au minimum, et le traitement institué après la saignée l'aide d'une façon effective,

car le traitement ammoniacal est donné immédiatement, s'il ne l'était déjà.

Le traitement au chlorhydrate d'ammoniaque :

Nous ne rappellerons pas les tâtonnements par lesquels nous sommes passés avant de nous arrêter au traitement que nous signalons plus loin.

Les résultats que nous avons eus — de même que tous ceux qui ont employé ce traitement — sont une preuve, croyons-nous, qui mérite d'arrêter l'attention un instant.

Nous ne prétendons pas que tous les malades seront guéris; mais si la mortalité de la pneumonie peut dans l'avenir être de 2 à 4 % au lieu de 15 à 25 % actuellement, ce sera un immense résultat.

Le temps seul et l'essai par de nombreux médecins diront jusqu'à quel point notre confiance dans ce traitement est justifiée. Notre confiance est grande puisque nous avons déjà un nombre (33) assez considérable d'observations qui toutes ont fourni des guérisons, et que onze de ces observations ont été faites par d'autres médecins.

Le chlorhydrate d'ammoniaque, comme tous les sudorifiques minéraux, fouette la circulation, redonne de la tonicité aux organes en même temps qu'il produit une diaphorèse plus ou moins abondante. L'énergie vitale des organes est réveillée par le chlorhydrate d'ammoniaque, qui de plus, calme les désordres nerveux et redonne des forces aux orga-

nismes affaissés. *Nous avons trouvé que ce médicament rend les plus grands services chez les alcooliques, car c'est là que son action stimulante relevant l'action du cœur est indiquée*

Trop longtemps continué, et à forte dose, il produit, comme ses congénères, la dénutrition, l'état aplastique du sang et consécutivement l'anémie.

Il ne faut donc pas continuer l'administration de ce remède plus de deux jours après que la crise est passée.

Effets de la pneumonie. — Elimination peu abondante des chlorures qui semblent se porter au poumon pour entrer dans la formation de l'exudat fibrineux. Urines ordinairement diminuées notablement.

Maladie qui augmente considérablement l'état plastique du sang. Stase sanguine dans le poumon et asphyxie.

Effets du chlorydrate d'ammoniaque. — Stimulation des reins, et urines augmentées. Fondant très puissant.

Redonne des forces aux organismes affaissés.

Rend les sécrétions bronchiques plus fluides.

Remède qui produit l'état aplastique du sang.

Nous croyons vraiment que ce remède n'agit pas tant par la quantité prise que par la continuité de son emploi.

On sait quelle est l'action du chlorhydrate d'ammoniaque sur le foie, le cœur et les reins, nous n'avons donc aucun scrupule à n'en pas parler. Nous nous arrêterons un instant seulement pour rappeler l'action stimulatrice et tonique sur les reins et le cœur, aidant ainsi

à l'élimination des toxines et soutenant l'action cardiaque.

C'est surtout l'effet du médicament sur le sang qui doit nous intéresser.

Nous savons aujourd'hui combien la proportion de fibrine est augmentée dans le sang au cours et même dès le début de la pneumonie, d'où stase sanguine plus prolongée dans les poumons; stase qui est déjà plus considérable de par le fait des foyers pneumoniques.

Il y a donc une double cause de ralentissement dans le passage du sang à travers le poumon qui amène l'asphyxie.

La solution ammoniacale que nous employons plus volontiers — nous dirons toujours — est celle de chlorhydrate d'ammoniaque, que nous prescrivons à la dose de 25 centigrammes toutes les 2 heures aux adultes, éloignant les doses dès que l'amélioration s'est fait sentir.

Depuis 10 ans que nous avons commencé à nous servir de ce traitement dans tous les cas de pneumonie, nous avons eu une suite ininterrompue de guérisons. 22 malades guéris de notre statistique personnelle, et 11 malades à 2 séries différentes appartenant à deux autres médecins : Le Dr Joseph Poupart (8 malades), et le Dr J. Anthoine (3 malades).

Nous désirons ajouter un mot sur les 5 cas qu'il nous a été donné de traiter dans des conditions spéciales et dont nous avons rapporté les observations plus haut,

Quatre fois nous avons trouvé les malades à la période asphyxique de la maladie : 1 au 7^e jour, 2 au 8^e jour, et 1 au 9^e jour. Dans chacun de ces cas nous avons conseillé et pratiqué la saignée, non sans difficulté quelquefois de la part de la famille ou des médecins, de ces derniers surtout. Malgré les enseignements qui semblent prévaloir aujourd'hui, nous avons pratiqué la saignée, une saignée abondante, le malade assis, jusqu'à ce qu'il commençât à éprouver des symptômes de syncope. Chaque fois après trois ou quatre assiettées, la respiration se fit mieux, au grand contentement de l'entourage et des malades, et la guérison fut obtenue dans chaque cas.

Dans le cinquième cas, nous fûmes appelés au 4^{me} jour de la maladie (pas de médecin avant nous), et malgré une légère amélioration dans les 24 premières heures de traitement, la pneumonie aboutit rapidement à la période asphyxique. Nous fîmes une large saignée qui facilita la respiration et l'expectoration. La malade guérit. Ce cas est le seul où nous eûmes recours à la saignée, quand le traitement ammoniacal était en cours. Jamais nous n'avons été obligé de le faire, quand le chlorhydrate d'ammoniaque a été donné dès le début de la maladie.

Nous ferons remarquer aussi que chez deux enfants, nous avons donné des doses fractionnées d'ipéca, et cela dans des cas de broncho-pneumonie. Nos deux malades ont guéri. Est-ce à dire que le succès sera

constant? nous n'osons l'espérer, mais nous serons heureux si nous pouvons avoir un moyen nouveau ajouté à l'arsenal thérapeutique qui nous aide à combattre avec succès cette terrible broncho-pneumonie. Nous croyons l'avoir dans le chlorhydrate d'ammoniaque.

Il est inutile de dire que nous avons donné de la quinine, de l'opium, de la caféine, etc. quand le besoin de ces remèdes s'est fait sentir.

Voici la formule que nous employons avec quelques variantes dosales — quand aux remèdes adjuvants, opium, belladone, etc. Pour un adulte :

R. Chlorhyd. d'ammon.....	25 centigr.
Fc. Opi.	6 gouttes
Fc. Bella.....	6 gouttes.
S. tolu.....	1 gramme.
Eau distillée.....	3 grammes.

Ce qui fait pour une dose 1 cuillerée à café environ répétée toutes les deux heures *jour et nuit*.

Voilà croyons-nous, le point important de ce traitement : *administration répétée nuit et jour* de cette potion; et nous ne saurions trop insister sur ce point que nous considérons comme capital. Car le chlorhydrate développe sa puissance stimulatrice avec une extrême rapidité, et ses effets ont peu de durée, aux doses qui ne produisent pas de lésions.

Nous ne prétendons assurément pas que ce traite-

ment doit être le seul à employer contre la pneumonie, loin de là. Mais nous croyons que le recours au chlorhydrate d'ammoniaque doit être la base du traitement de cette maladie dans tous les cas, sauf ensuite suivant les indications symptomatiques, à adjoindre d'autres médicaments.

Dès que le chlorhydrate d'ammoniaque était donné, on notait que la respiration était moins pénible, que la toux ne fatiguait pas autant et que l'expectoration se faisait plus facilement. Le cœur devenait plus fort, plus soutenu ; la peau se couvrait d'une légère moiteur, et les urines venaient plus abondantes presque toujours.

Enfin, la crise habituelle de la pneumonie, n'existait pour ainsi dire pas, et la convalescence survenait sans phase critique.

Tel est le résumé de nos observations sur le traitement que nous avons employé pour combattre la pneumonie. Nous n'avons pas rencontré de contr'indications à l'emploi de l'ammoniaque. Il n'y aurait que chez les chlorotiques et les anémiques que nous le donnerions avec grande réserve et en le suivant de très près.

Pour terminer, nous dirons que dans presque tous les cas, nous avons prescrit les cataplasmes chauds, enveloppant tout le côté malade, dès les premières heures de la maladie, et par dessus lesquels, nous faisons mettre un ou deux sacs en caoutchouc remplis

d'eau très chaude pour conserver les cataplasmes plus longtemps chauds. On n'a pas besoin ainsi de les changer plus d'une fois toutes les 4 ou 5 heures. Ces cataplasmes restant en place de 12 à 36 heures ; après leur retrait, on appliquait pendant quelque temps, sur les parties du thorax répondant aux foyers malades, les sacs en caoutchouc remplis d'eau chaude.

Toujours les douleurs étaient soulagées, la respiration se faisant mieux, ce qui rendait la toux moins pénible et l'expectoration plus facile.

Le public, comme les corps savants et les praticiens, attache trop d'importance à l'étude de tous procédés propres à restreindre les redoutables effets de la pneumonie, tant aggravés par certaines épidémies (influenza, etc.), pour que l'on n'ait pas considéré comme un devoir de noter les moyens dont on a pu reconnaître l'utilité dans des circonstances variées et en pays divers. On serait trop heureux d'avoir ainsi pu contribuer, si modestement que ce soit, à des recherches et à des résultats capables de préserver des vies humaines.

CHAPITRE VII

Observations personnelles

OBS.	NOM	AGE	DÉBUT	FIN	RÉSULTAT	REMARQUES
I	M. H...	20	13 mars 90	20 mars	Guérison	Lobe inférieur du poumon droit. Saignements de nez répétés. Pas d'histoire d'hémophilie dans la famille.
II	M ^{me} G...	24	3 nov. 90	9 nov.	id.	Sommet du poumon gauche. Femme enceinte. Accouchant le 6 avril 1891, d'un enfant pesant 4 kilos.
III	Mich. L...	5	3 mai 92	13 mai	id.	Deux poumons. Broncho-pneumonie survenue au cours d'une rougeole : ipéca à dose vomitive pendant 3 jours, les 8, 9 et 10 mai.
IV	M. S...	36	16 oct. 92	23 oct.	id.	Sommet du poumon droit. Alcoolique. Délire léger pendant 2 jours. Urines abondantes.
V	M. S...	32	24 oct. 92	2 nov.	id.	Poumon droit, lobes supérieur et moyen. Frère du précédent. Après six ans de séparation retrouvant son frère aîné malade, il l'embrasse et trois jours après il est atteint. Pneumonie 1 an auparavant.
VI	M ^{lle} B...	18	4 ^{or} jan. 93	8 janv.	id.	Sommet droit. Jeune ouvrière qui se trouva pendant deux heures exposée à un fort courant d'air, une fenêtre près de son travail ayant été brisée. Malade trois jours après.
VII	M. D...	31	30 mars 93	7 avril	id.	Poumon gauche.
VIII	M ^{lle} B...	22	26 avril 93	2 mai	id.	Poumon droit. Change ses vêtements d'hiver pour d'autres plus légers : « sent le froid » dit-elle, est malade dès le surlendemain.
IX	M ^{lle} M...	26	18 fév. 94	24 févr.	id.	Poumon gauche. Marche dans une flaque d'eau et de neige fondante, malade 48 heures après.
X	M ^{me} C...	43	2 mars 94	11 mars	id.	Pneumonie double. Au 5 ^e jour le poumon droit se prend. Pneumonie 6 ans auparavant, même mois.
XI	M. E...	28	17 avril 94	24 avril	id.	Pneumonie droite. Exposé à une pluie battante. Malade 2 jours après.

XII	Arthur Mek.	8	10 nov. 94	19 nov.	id.	Broncho-pneumonie au cours de la coqueluche, ipéca- à dose vomitive 2 fois par jour les 12, 13, 14 et 15 novembre.
XIII	Mlle D...	21	19 janv. 95	26 janv.	id.	Pneumonie gauche, lobe inférieur au début d'une fièvre typhoïde, qui se continue jusqu'au 20 février, où la malade entre en convalescence définitive.
XIV	M. L...	71	24 mars 95	4 avril	id.	Pneumonie 2 ans avant, malade du 1 ^{er} mars au 9 mars 1893.
XV	M. St-J...	30	mai 95	11 mai	id.	Alcoolique. Délire violent. Urines rares, applications chaudes sur les reins qui provoquent d'abondantes urines, et le délire cesse aussitôt. Sommet pou- mon droit.
XVI	Mde. N....	28	8 fév. 96	16 fév.	id.	Poumon droit. Léger ictère pendant quelques jours. Etant en transpiration, il reste assis à une fenêtre sous laquelle passe une rivière, et d'où venait un vent frais. Malade 36 heures après.
XVII	M. P...	68	31 mars 96	7 avril	id.	En se rendant à son travail, une amie lui jette de la neige qui du cou tombe dans le dos. Fris- son, etc. 48 heures après.
XVIII	Mme J...	27	17 fév. 97	22 fév.	id.	Le 29 mars, avulsion d'une dent, frisson en revenant chez lui. Malade 30 heures plus tard. Poumon gau- che, base.
XIX	M. L...	32	20 fév. 97	26 fév.	id.	Lobe moyen. Quelques crachats rouillés seulement.
XX	Mme P...	40	16 mars 97	26 mars	id.	Pneumonie double. Sommet gauche est pris le 20 mars.
XXI	Mlle A...	21	18 avril 97	28 mars	id.	Pneumonie droite.
XXII	M. B...	76	mars	Malade 12 jours		Pneumonie du sommet droit. Délire, urines rares, applications chaudes sur les reins. Environ une demi-heure après il passe plus de 500 grammes d'urine, le délire cesse, de même que la céphalalgie. Applications chaudes sont continuées 2 fois par jour pendant 6 jours.

OBS.	NOM	AGE	DÉBUT	FIN	RÉSULTAT	REMARQUES
<i>Malades du docteur Joseph Poupart</i>						
I	Félix St J..	6	18 mars 96	25 mars	Guérison.	Poumon gauche.
II	M ^{me} AL...	28	26 oct. 96	3 nov.	Id.	Sommet droit. Pneumonie 4 ans avant, même mois.
III	M ^{lle} F...	20	12 mars 97	22 mars	Id.	Lobe moyen droit, puis, le 17 mars, lobe supérieur gauche.
IV	M. D...	32	21 avril 97	1 ^{er} mai	Id.	Alcoolique. Délire violent. Céphalalgie intense. Applications chaudes sur les reins. Plus de 1.450 grammes en une heure et demie, immédiatement après ces applications chaudes. Sulfate de strychnine, 2 milligr. deux fois par jour à partir du 23 avril jusqu'au 10 mai.
V	M. L...	41	1 ^{er} mars 98	9 mars	Id.	
VI	M. M...	29	11 avril 98	20 avril	Id.	Bronchite (?) très sérieuse 4 ans avant.
VII	M ^{me} S...	35	26 nov. 98	4 déc.	Id.	Règles reparaisant le 3 décembre, 6 jours en retard. Femme qui n'eut jamais de retard.
VIII	M. P...	32	28 fév. 99	7 mars	Id.	
<i>Malades du docteur I.-J. Anthoine</i>						
I	M. Mc B...	28	20 fév. 98	1 ^{er} mars	Guérison	Base du poumon droit, ictère passager.
II	M ^{me} C...	31	3 juil. 98	10 juil.	Id.	
III	M. S.	17	31 mars 98	8 avril	Id.	

CHAPITRE VIII

Quelques conclusions pratiques.

Isoler les malades.

Détruire les crachats et les linges ayant servi à recevoir les crachats.

Désinfecter très soigneusement la chambre, tous les meubles, literie, linges, etc., contenus dans cette chambre.

Désinfecter tous les jours les vases servant à recevoir l'expectoration.

Traitement ammoniacal et enveloppements chauds autour du thorax.

La proportion des morts étant de 13 à 20 % avec tous les traitements et même avec les enveloppements froids ou les bains, nous croyons que la série ininterrompue de guérisons que différents médecins ont eues est un gage de l'excellence du traitement au chlorhydraté d'ammoniaque que nous recommandons vivement à l'attention des médecins.

Ne pas quitter trop tôt ses vêtements d'hiver pour prendre ceux d'été. Il faut la transition de vêtements moins chauds que ceux d'hiver, mais garantissant mieux que ceux d'été.

D'autres conclusions d'ordre pratique pourraient être signalées pour les soins préventifs et curatifs de la pneumonie, sans que l'on ait cru devoir les viser dans ce travail.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BROUARDEL.

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

1. GERMAIN SÉE.
2. KLEBS. — *Arch. f. path.exp.*, 1877, Bd. iv.
3. EBERTH. — *Deutsch. arch. f. klin med.*, 1881.
4. KOCH. — Mittheilungen aus dem Kaiser. *Gesundheits-Aut.*, 1881.
5. LEYDEN et GUNTHER. — Soc. de med. de Berlin, séance du 20 novembre 1882.
6. MATRUY. — *Wiener med. Press.*, juin 1883.
7. AFANASSIEW et CORNIL. — Société de biologie, 1884.
8. GERMAIN SÉE. — *Médecine clinique*, vol. II, pneumonies.
9. Prof. GOSSELIN, en 1847; et la même cause fut indiquée antérieurement par Lieutaud, *Hist. anatom.*, Paris, 1767, F. I.
10. TORCHET. — *Mémoires de l'Académie de médecine de Paris*, 1838, v. II, p. 149.
11. HIRSCH. — *Die Organkrauth*, 1886, p. 93.
12. KELSCH. — *Traité des maladies épidémiques*, p. 224, t. I.
13. LEGENDRE. — *Union médicale*, février 1883.
14. STORTZ. — *Mittheil. aus der med. klin.*, Wurzburg, Bd. I, p. 90.
15. PASTEUR. — *Bull. de l'Académie de médecine*, 22 mars 1881.
16. JACCOUD. — *Bull. médical*, p. 280, 1887.
17. ORION. — Statistique médicale de l'armée pour l'année 1886, et *Arch. de méd. et de pharm. mil.*, 1887, p. 383.
18. BAYLE, CALMEL et BOUCHET; LAURENCE.
19. ROSENBAACH.
20. CHAMBERS, GRISOLLES.
21. BARRIÉ, CADET DE GASSICOURT.

22. DE GASSICOURT.
23. JOFFROY.
24. LABBÉ, STRAUSS, DAMASCHINO.
25. LANDAN, COPLAUD, LEPELLETIER.
26. GERMAIN SÉE. — *Med. clinique*, t. II, p. 134.
27. DIEULAFOY. — *Pat. interne*, vol. I, p. 222.
28. JACCOUD. — Académie des sciences, 25 avril 1887.
29. KELSCH. — *Traité des maladies épidémiques*, t. I, p. 300
et 301.
BROUARDEL. — Académie de médecine, 11 février 1889.
KELLER.
LIEBERMEISTER.
FLEUDET.
EDLEFSEN.
ELLISON.
BAUTI.
PURJEST.
GRINSHAW et MOORE.
SYURGES.
PENKERT.
ESCHBAUM.
STRAUSS.
DAMASCHINO.
LEPELLETIER.
TROUSSEAU.
ERICHSEN.
DALY.
PATCHETT.
HERR.
GIORNELLI.
COULDREY.

LIBRAIRIE A. MALOINE

23-25, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23-25

PARIS

- AUSSET** (D^r), professeur agrégé. — **Leçons cliniques sur les maladies des enfants**, faites à l'hôpital Saint-Sauveur. 1896-99, 3 vol. in-8, 1898 . . . 15 fr.
- BERDAL** (D^r), médecin de consultations à l'hôpital Saint-Louis. — **Traité pratique des maladies vénériennes**. Préface de TENNESON. In-8. 1897, avec fig. et pl. col. 10 fr. »
- BERNHEIM**. — **Immunisation et sérumthérapie**. 2^e édition, revue et augmentée. In-8, 1897. 4 fr. »
- BERNHEIM**. — **Formulaire clinique**, formules pratiques recueillies à la polyclinique de Vienne. Traduit sur la 15^e édition et augmenté de nombreux travaux originaux. Un vol. in-32, cart., 1896 4 fr. »
- CHATELAIN**. — **Précis iconographique des maladies de la peau**. Ouvrage accompagné de 50 **PLANCHES HORS TEXTE EN COULEUR**, reproduites d'après nature. par **FÉLIX MÉHEUX**, dessinateur des services de l'HÔPITAL SAINT-LOUIS. Un fort vol. gr. in-8, 1896, relié toile 25 fr. »
- COURTADE**. — **Manuel pratique du traitement des maladies de l'oreille**. Un vol. in-18, 1895. 4 fr. »
- GARNIER et DELAMARE**. — **Dictionnaire des termes techniques de médecine**, contenant les étymologies grecques et latines, les noms des maladies, des opérations chirurgicales et obstétricales, les symptômes cliniques, les lésions anatomiques, etc. Préface de H. ROGER, professeur agrégé. In-18. 1900. Broché, 5 fr., relié 6 fr. »
- KRAFFT-EBING**. — **Traité clinique de psychiatrie**, traduit sur la 5^e édition allemande, par le D^r **ÉMILE LAURENT**. Un fort vol. in-8, 1897 20 fr. »
- LEVILLAIN**. — **Essais de neurologie clinique, neurasthénie de BÉARD et états neurasthéniformes**. In-12, 1895 4 fr. »
- MALBEC**. — **Consultations et ordonnances médicales**, 2^e édition, revue et augmentée, in-18, rel. souple, 1897. 4 fr. »
- MAURANS** (D^r del). — **Compendium moderne de médecine pratique**, publié sous la dir. du D^r **DE MAURIANS**. In-8, de 720 p., 1894 12 fr. »
- NOGUÉ**. — **Précis de posologie infantile**. In-8, rel. s., 1895 3 fr. 50
- PANSIÉR** (d'Avignon). — **Traité d'électrothérapie oculaire**, avec une préface de M. le D^r **E. VALUDE**. 1 vol. in-18, avec fig., 1895. 6 fr. »
- PANSIÉR** (d'Avignon). — **Traité de l'œil artificiel**. 1 vol. in-18. cart., avec fig., 1895. 4 fr. »
- STAPFER**. — **Traité de Kinésithérapie gynécologique** (système de BRANDT), nouvelle méthode de diagnostic et de traitement des maladies des femmes. Ouv. contenant la traduction du livre de BRANDT et 130 fig. In-8, 1897. 12 fr. »
- TRUC**, professeur de clinique ophtalmologique à Montpellier, et **VALUDE**, médecin de la Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts. — **Nouveaux éléments d'ophtalmologie**. 2 vol. in-8, 1896, avec 257 fig. et 1 pl. en couleur. 20 fr. »
- VARIOT**. — **La diphtérie et la sérumthérapie**. Études cliniques faites au pavillon Bretonneau. In-8, 1898, avec 28 fig. et 1 pl. col. 12 fr. »
- VAUCAIRE**. — **Formulaire de gynécologie, thérapeutique, traitement des maladies des femmes** (formules des professeurs et médecins spécialistes). In-18» 1895, rel. 4 fr. »
- VIGNES**. — **Technique de l'exploration oculaire**, introduction à l'étude de l'*Ophthalmologie*. 1 vol. in-8, avec 213 fig. dans le texte. 1896. 8 fr. »